

现有一定特征性,确诊仍需依靠病理。

原发性肠道淋巴瘤需与克罗恩病、肠结核等鉴别诊断。克罗恩病病变多位于回肠末端,呈节段性跳跃式分布,累及范围广,超声可表现为肠管壁全层均匀性增厚,增厚程度多较淋巴瘤轻,部分病例可形成肠瘘;肠结核多继发于肺结核病,结核菌素试验结果阳性,好发于回盲部,肠管壁呈局限性不规则增厚,回声减低,肠腔相对狭窄,肠蠕动减弱,部分肠管可相互粘连成团,多伴有肠系膜淋巴结肿大。肠结核与克罗恩病均为炎性病变,病史及临床表现有助于与原发肠道淋巴瘤鉴别诊断。

参考文献

- [1] 朱晓丽,王峥,韩增辉,等.原发性结外淋巴瘤的超声诊断价值[J].中华医学超声杂志(电子版),2013,10(12):994-998.
- [2] 向志,朱天华.回肠弥漫性大B细胞淋巴瘤超声表现1例[J].临床超声医学杂志,2018,20(4):263.
- [3] 钱蕴秋.超声诊断学[M].2版.西安:第四军医大学出版社,2008:368-369.
- [4] 薛念余,许幼峰,张盛敏.腹部原发结外淋巴瘤的超声造影表现[J].中国超声医学杂志,2022,38(8):938-941.

(收稿日期:2022-09-30)

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestations of metastatic hemangiopericytoma: a case report 转移性血管周细胞瘤超声表现 1 例

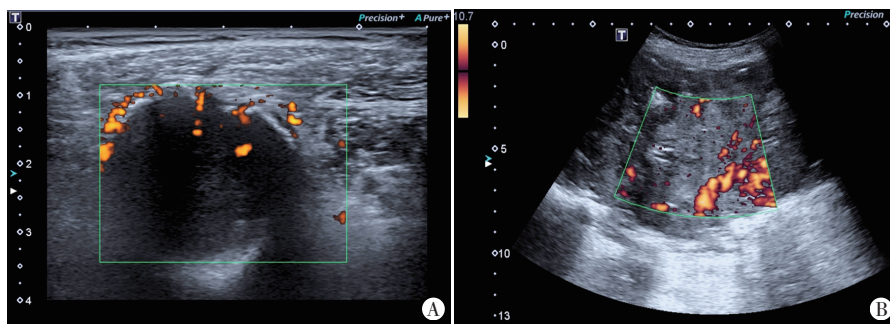
王 迪 杨 影 王思续 焦 丹

[中图分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,59岁,因右侧肘关节肿物来我院就诊。体格检查:肿物明显高于皮肤表面,质韧,压痛(+),边界尚清晰,活动度差,表面无红肿破溃,受累关节活动轻度受限。既往确诊为颅内血管周细胞瘤(hemangiopericytoma, HPC)并肝转移,后行肝脏介入治疗;5年前骨扫描提示双侧髂骨、颅骨、眼眶、腰椎、胸椎等多处骨代谢异常活跃,考虑为多处骨转移,于胸、腰椎等部位行介入治疗。现我院超声检查:右侧肱骨掌侧骨表面见断续的小范围骨质破坏,透过破坏的骨质深层可见一大小约3.48 cm×2.64 cm×3.65 cm不均质低回声(图1A);CDFI探及低回声内部及周边血流信号丰富。右侧颞部肌肉深层见一大小约2.80 cm×3.68 cm×2.20 cm低回声,其内可见多发块状强回声,深层可见骨质破坏;CDFI探及其内血流信号极丰富,并可探及高阻的动脉血流频谱。双侧髋关节结构消失,骨质破坏,其浅层可见不均质低回声肿物,左侧较大范围约20.0 cm×18.3 cm×9.4 cm,右侧较大范围约16.2 cm×12.3 cm×4.6 cm,内回声不均匀;CDFI探及其内血流信号丰富(图1B)。肝脏右叶明显肿大,肝内可见多发、散在的实质不均质低回声,肿物内部回声增强,周边回声减低,边缘光滑,有包膜,多聚集成团,边界不清晰(图2A),内可见多发

钙化,并成大块,余肿物有向大钙化块聚拢的趋势(图2B);CDFI探及其内血流信号丰富。超声提示:右侧肱骨掌侧、右侧颞部、双侧髋关节前方及肝内多发占位,考虑为源于颅内HPC的多处转移。后行CT检查:肝脏体积增大,右叶局部背膜欠光整;肝内见多发大小不等肿块影,边界不清晰,密度不均,内可见斑片状低密度影(图3A);部分病灶见极高密度影;右叶较大病灶边界不清晰,似向肝前延伸为椭圆形低密度影。右侧第8、10肋局部骨质不连续,可见低密度骨折线影及结节状高密度影;左侧第8肋局部骨质不连续,呈膨胀性骨质破坏,胸壁局部内可见团块状高密度影(图3B),纵隔窗见软组织密度影,较大者约2.9 cm×1.3 cm,CT值48 Hu;C7至T2、T8、T10、T12、L2、L5、L3

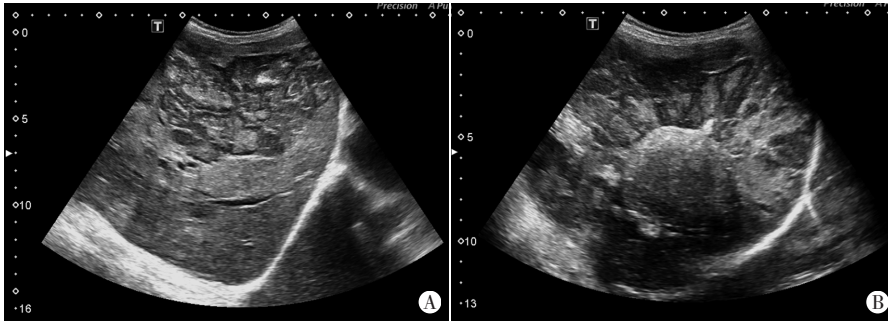


A: 肱骨掌侧骨表面见断续的骨质破坏,骨质深层可见不均质低回声;B: 右髋关节结构消失,骨质破坏,其前方可见不均质低回声肿物,CDFI于其内探及丰富血流信号

图1 HPC骨转移声像图

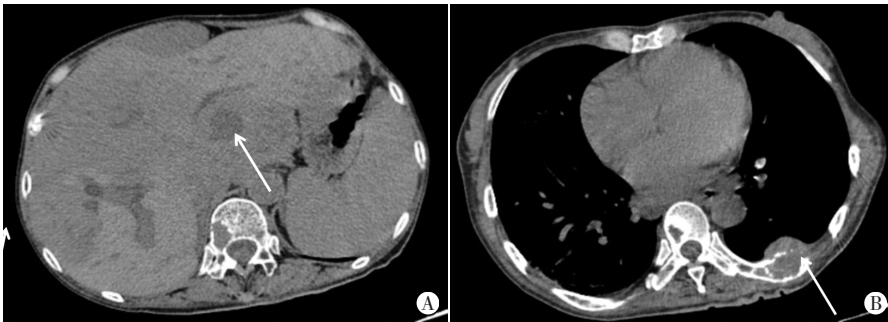
作者单位:130000 长春市,吉林大学中日联谊医院超声科

通讯作者:焦丹,Email:jiaodan@jlu.edu.cn



A: 肝内可见多发实质不均质低回声, 内部回声增强, 周边回声减低, 有包膜, 多聚集成团, 边界不清
晰; B: 肝内见钙化

图2 HPC肝转移声像图



A: 肝内见多发大小不等肿块影, 边界不清, 密度不均, 内可见斑片状低密度影(箭头示); B: 左侧第8肋局部骨质不连续, 呈膨胀性骨质破坏, 胸腔局部内可见团块状高密度影(箭头示)

图3 HPC肝转移CT图

右侧椎弓、骶尾骨及双侧髂骨均见不规则骨质破坏, 并可见团块状肿物影, CT值 36 Hu。CT 提示: 肝内多发肿物, 右侧第 8、10 肋、左侧第 8 肋及 C7 至 T2、T8、T10、T12、L2、L5、L3 右侧椎弓、骶尾骨及双侧髂骨肿物, 考虑均为来源于颅内 HPC 的多处转移。

讨论: HPC 又称血管外皮细胞瘤, 是一种罕见的具有侵袭性、高度血管化的间叶组织血管源性肿瘤, 患者 10 年和 15 年生存率分别为 40% 和 23%^[1]。HPC 常发生于中枢神经系统, 多为颅内脑外病变, 与硬脑脊膜相连, 极少发生于脑实质内, 常见发病部位为大脑镰、小脑幕、颅底等, 多为单发, 发病率不足颅内肿瘤的 0.5%^[2]; 也可发生于双下肢、盆腔、腹膜后等部位^[3]。HPC 可发生于各年龄段人群, 多见于 50~60 岁^[4]。2007 年 WHO 中枢神经系统肿瘤分类将其分为 II 级和 III 级, 本例患者为 III 级, 首发于颅内, 确诊后相继出现了肝、肺、骨、眼等多处转移, 其术后复发率和转移率更高。HPC 患者早期多无明显症状, 这可能是由于 HPC 大多生长缓慢, 因此及早诊断极为重要^[5]。HPC 的实验室检查无明显特异性, 颅内原发性病灶的术前诊断多依赖 CT 及 MRI 检查, 但超声检查可为发生于其他部位的肿瘤提供诊断依据, 对区分肿瘤良恶性及肿瘤分期有一定指导意义。HPC 侵袭性较强, 发现时多已出现其他脏器转移, 最常见于肺、肝、骨等^[6]。本例患者以肝和骨骼转移为主, 多处肝转移超声表现为低回声肿物, 边界清晰, 有包膜, 内部回声增强, 周边回声减低, 类似肝内转移的“牛眼”征, 但其晕环更宽,

且转移灶之间聚集成团, 孤立存在者少, 血流信号较其他肝转移瘤更丰富; 多处骨转移超声表现为低回声肿物, 边界不清晰, 伴骨质破坏, CDFI 示肿瘤内血流信号极丰富。肝转移和骨转移灶内均可见多发的块状钙化。超声可以实时、动态观察转移性肿瘤的位置、大小、范围、毗邻关系及性质, 文献^[7]报道 HPC 超声多表现为低回声肿物, 可见无回声区, 瘤体内可探及丰富或少量血流信号; 当瘤体较大伴多处转移时可见瘤体内部出血坏死, 常提示预后不良^[8]。本例患者合并全身多处转移临床罕见。HPC 目前尚无明确的影像学诊断标准, 确诊仍依赖于术后病理及免疫组化检查。临床建议 HPC 应被视为可能恶性, 为防止肿瘤细胞进一步扩散, 需尽早进行手术切除, 术后应长期随访^[3]。超声检查可连续、动态追踪肿瘤转移及进展情况, CT 对监测骨转移及骨质破坏程度的准确性较高, 二者联合可为诊断颅外其他部位肿瘤、术后定期复查及检测转移灶提供影像学依据。

参考文献

- [1] Tobias S, Jahshan S, Grober Y, et al. Skull base hemangiopericytomas [J]. Acta Neurol Belg, 2022, 122(6): 1537-1545.
- [2] Ahmad N, Bakhshi SK, Shamim MS. Management of intracranial haemangiopericytomas [J]. J Pak Med Assoc, 2021, 71(3): 1041-1042.
- [3] Park MS, Patel SR, Ludwig JA, et al. Activity of temozolomide and bevacizumab in the treatment of locally advanced, recurrent, and metastatic hemangiopericytoma and malignant solitary fibrous tumor [J]. Cancer, 2011, 117(21): 4939-4947.
- [4] Resorlu M, Toprak CA, Ozturk MO, et al. Retroperitoneal haemangiopericytoma [J]. BMJ Case Rep, 2017, 2017:bcr2017220945.
- [5] 吕祥瑞, 靳双周. 血管外皮细胞瘤临床病理分析 [J]. 医药论坛杂志, 2007, 23(1): 32-34.
- [6] Harirchian S, Mirani NM, Baredes S. Hemangiopericytoma of the larynx [J]. Auris Nasus Larynx, 2013, 40(1): 98-102.
- [7] Okubo T, Nagoshi N, Tsuji O, et al. Imaging characteristics and surgical outcomes in patients with intraspinal solitary fibrous tumor/hemangiopericytoma: a retrospective cohort study [J]. Global Spine J, 2023, 13(2): 276-283.
- [8] Zhou Y, Hou P, Wang F, et al. Primary hepatic malignant vascular tumors: a follow-up study of imaging characteristics and clinicopathological features [J]. Cancer Imaging, 2020, 20(1): 59.

(收稿日期: 2022-09-29)